Rok XXVI. Kraków, 17 Września 1887. Nr. 38.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń. które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Jeszcze jeden przypadek tak zwanego przetrwania błony źrenicznéj.

Podał

Dr. med. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

W Nr. 36 i 37 *Przeglądu Lekarskiego* z roku bieżącego podałem trzy nowe przypadki w mowie będącéj wady, z których jeden był operowany (wykonałem sztuczną źrenicę), miałem więc możność poddać badaniu anatomicznemu wyciętą część tęczówki razem z włóknami. Wyniki tego badania jakoteż fakta przez innych badaczy otrzymane dowiodły słuszności zdania, które już w r. 1882 (*Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.*) wypowiedziałem, mianowicie że przetrwanie błony źrenicznéj jest skutkiem nieprawidłowego rozwoju saméj błony u zapłodka, która w istocie rozwija się w tych razach raczéj na wzór tkanki tęczówkowéj, ta zaś nie może następnie uledz zwykłemu zanikowi. Tak więc mamy tu właściwie nie „przetrwanie błony źrenicznéj“, lecz nieprawidłowy jéj rozwój. Nieprawidłowość ta o tyle jest częstą, że jak w ostatnim moim artykule wspomniałem, mamy w literaturze obecnie przeszło 140 spostrzeżeń téj wady. O ile postacie, w jakich się wada spostrzegać daje, są rozmaite, zwróciłem na to uwagę w poprzednich artykułach. Obecnie dodam chyba, że w przypadkach dotąd spostrzeganych mieliśmy bądź błony bądź włókna, które albo przykrywały źrenicę a początek swój brały od przedniéj powierzchni tęczówki, daléj zaś stanowiły, że tak powiem przeponę pomiędzy przednią a tylną komórką oka, albo też przyczepiały się do przedniéj torebki soczewkowéj. W literaturze znajdujemy jednak pod tym względem pewne wyjątki. Mianowicie już Beck (*Ammons Zeitschrift*, T. I, Z. 1) opisał przypadek, w którym u 20 letniego mężczyzny w lewém oku znajdowała się środkowa zaćma przodkowéj torebki, zaćmienie błony Descemeta w miejscu odpowiadającém zaćmie i jeszcze kilka odosobnionych zaćmień nieco niżéj położonych. Od górnego zaćmienia kierowało się ku górze przez ciecz wodną naczynie ku górnemu brzegowi źrenicy, dzieliło się w połowie drogi na pięć gałązek, te znów przyczepiały się do tęczówki w okolicy mniejszego pierścienia tętniczego. Chory twierdził, iż cierpienie było wrodzoném i jakkolwiek z wywiadów prawdopodobném wydać się mogło ropne zapalenie spojówki u noworodka, Beck jednak stanowczo twierdzi, że wada była wrodzoną. Przeciwnie Arlt, podając ten przypadek w swoim podręczniku (*Krankheiten des Auges*, 1854, T. I, str. 234), tłumaczy powstanie zjawisk w ten sposób, iż w skutek ropnego zapalenia spojówki nastąpiło przedziurawienie rogówki, które pozostawiło bliznę na rogówce, jakoteż złóg na torebce, naczynie zaś owo stanowićby miało tylko resztkę przyczepiny pomiędzy torebką a rogówką powstałéj. Samelson (*Ein ungewöhnlicher Fall persistirender Pupillarmembran. Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde*, 1880, lipcowy zeszyt, str. 215) opisuje następujący przypadek. A. R., 12-letnia, na rogówce lewego oka niewielkie bielmo środkowe, od którego ku przedniéj powierzchni tęczówki kierują się włókna w liczbie 17—18 i przyczepiają się w pewnéj odległości od brzegu źrenicznego, niektóre dzielą się przytém na 2—3 gałęzie. Nadto znajduje się przednia zaćma torebkowa, przypominająca zaćmę stożkową. W prawém oku bielmo znajduje się cokolwiek niżéj środka, a ku zewnątrz i ku wewnątrz od niego znajduje się po jedném cienkiém włóknie, które kierują się ku przedniéj powierzchni tęczówki. W oku tém spostrzegano równocześnie tylną zaćmę biegunową, która dochodziła ledwie nie do samego przedniego bieguna. W obu oczach było drżenie gałek w kierunku poprzecznym (*Nystagmus*). Niedomiarowość $^1/_{20}$, S = $^1/_{10}$. I w tym przypadku matka dziecka wyraźnie mówiła, iż w początku życia długo cierpiało na oczy. Tak więc w obu tych przypadkach zmiany spostrzegane mogły być wrodzone, lecz mogły też powstać w skutek przedziurawienia rogówki, wywołanego przez zapalenie ropiaste spojówki noworodków.

Wreszcie w przypadku opisanym przez Makrockiego (*Arch. f. Augenheilkunde*, T. XIV, Z. 1, str. 83) u 15-letniéj dziewczyny, wyraźnie małookiéj, w prawém oku od ząbków

przedniéj powierzchni tęczówki, w okolicy mniejszego koła tętniczego, biorą początek 3 włókna téj saméj co i tęczówka barwy i następnie znów się przyczepiają do ząbków przedniéj powierzchni tęczówki, położonych daléj ku obwodowi. Na torebce soczewkowéj, cokolwiek wyżéj przedniego bieguna, zamglenie wielkości główki od szpilki, drugie zaś takie zamglenie znajduje się w warstwie korowéj. Niedomiarowość $^1/_5$ S $=$ $^2/_{24}$. W lewém oku na rogówce cokolwiek ku górze i ku wewnątrz od środka znajduje się zaćmienie, składające się z 4ch kropeczek, ułożonych w półkole, którego wklęsłość jest zwróconą ku środkowi rogówki. Kropeczki są położone w obrębie warstwy Descemeta, od nich zaś biorą początek przyczepiny, które zdążają ku górnemu i wewnętrznemu odcinkowi tęczówki i przechodzą w łuki, położone w okolicy mniejszego pierścienia tętniczego tęczówki. Przyczepiny są barwy brunatnéj, równie jak tęczówka, bardzo cienkie i w okolicy wspomnianych łuków dwie tylko przyczepiny są pojedyncze, dwie zaś inne dzielą się jedna na dwa, druga nawet na 3 włókna. Niedomiarowość $^1/_3$, S $=$ $^2/_{24}$ — $^2/_{18}$. W obu oczach znajdują się tylne garbiaki. Makrocki nie wątpi, że w przypadku jego mieliśmy w istocie tak zwane resztki błony przetrwałéj, na dowód czego przytacza, iż przyczepiny w jego przypadku jednostajną miały grubość, początek brały nie od brzegu tęczówki, lecz cokolwiek daléj ku zewnątrz od przedniéj jéj powierzchni, nadto za pomocą kilku jakby nóżek, przedewszystkiém zaś, że barwa ich była zupełnie taką, jak barwa tęczówki. Uznaje on téż wadę rozwojową w przypadku Samelsona, utrzymuje tylko, iż w skutek późniejszych zjawisk chorobowych zjawiska początkowe mniéj wyraźnie występowały.

Przed dwoma tygodniami nadarzył mi się następujący przypadek. A. S., 25-letnia, od lat dziecięcych słabo odróżnia dalekie przedmioty, prawém okiem widzi znacznie gorzéj niż lewém. Badanie wykazało: prawe oko: Niedomiarowość 5D, S $=$ $^{20}/_{70}$. Powieki prawidłowe, na rogówce nieopodal środka jéj spostrzegamy 2 drobne plamki, położone w obrębie błony Descemeta, pozostałe zaś części rogówki są zupełnie przeźroczyste; na torebce soczewkowéj plamkę o wiele większą, położoną cokolwiek wyżéj środka, barwy białéj, wyraźnie odgraniczoną od części otaczających, zresztą w soczewce innych zmian nie ma. Tęczówka barwy błękitno-szarawéj; na przedniéj jéj powierzchni, nieopodal brzegu źrenicznego, widoczną jest linija wężykowata, barwy cokolwiek ciemniejszéj. W położonym ku wewnątrz od niéj pasie źrenicznym prążki gęsto są obok siebie ułożone a kierunek mają ściśle promienisty. Sama linija wężykowata powstaje właściwie w skutek tego, że od pasa rzęskowego oddzielają się ku wewnątrz jakby trójkątne płaty, wzniesione nieznacznie ponad poziom pasa źrenicznego. W dwóch miejscach, mianowicie u dołu w kierunku mniéj lub więcéj średnicy pionowéj i nadto jeszcze w inném miejscu ku górze i ku zewnątrz płaty te o wiele są szersze i wyższe i ku wierzchołkom przechodzą w cienkie pasemka téj saméj co tęczówka barwy; pasemka te udają się następnie przez komórkę przodkową ku wzmiankowanym plamkom na rogówce i w miejscach odpowiednich przyczepiają się do tylnéj powierzchni rogówki. Oświetlenie boczne w istocie dowodzi, że plamki na rogówce zajmują li tylko błonę Descemeta, lub co najwięcéj warstwy właściwego miąższu rogówkowego bezpośrednio do niéj przyległe. Przy rozszerzaniu źrenicy, które się zresztą najprawidłowiéj odbywa, włókna mają postać równych pasemek, przeciwnie przy ściąganiu źrenicy przybierają przebieg falisty. Dno oka zupełnie prawidłowe, tylko obok brzegu skroniowego tarczy nerwu wzrokowego spostrzegać się daje niewielki zresztą i wyraźnie odgraniczony sierp.

W lewém oku: Niedomiarowość 4D, S $=$ $^{20}/_{20}$, zmian żadnych, prócz tego, że źrenica w tém oku ma kształt półkola, tak iż dolną jéj połowę zastępuje cięciwa. Liniję wężykowatą i podział na zwykłe dwa pasy znajdujemy tylko w górnéj połowie tęczówki, dolna zaś jéj połowa jest zupełnie jednostajną. Rzeczą jest godną uwagi, że przy rozszerzaniu i ściąganiu źrenicy właściwe zmiany spostrzegamy tylko w górnéj połowie źrenicy, co się zaś tyczy cięciwy zastępującéj dolną jéj połowę, to ta przy rozszerzaniu źrenicy cokolwiek tylko opuszcza się ku dołowi, przeciwnie przy ściąganiu jéj nieco się podnosi ku górze. Prawdopodobnie zatém dolna połowa tęczówki zupełnie pozbawioną była mięśni.

Tak więc z pomiędzy licznych przypadków tak zwanego przetrwania błony źrenicznéj u dorosłych, słuszniéj nieprawidłowego rozwoju błony u zapłodka, właściwie tylko w przypadkach Makrockiego i w moim dopiero opisanym widzimy, że włókna przyczepiają się do rogówki, gdyż w przypadkach Becka i Samelsona mieliśmy zjawiska, a nawet dane z wywiadów powzięte, zbyt wyraźnie przemawiające za zmianami chorobowemi już po przyjściu na świat przebytemi. Co prawda w obu przypadkach włókna, względnie naczynia, przyczepiały się do tęczówki nie do brzegu źrenicznego, lecz do przedniéj jéj powierzchni, w okolicy mniejszego pierścienia tętniczego. Nie zdaje mi się wszakże, aby okoliczność ta już sama przez się stanowić mogła o przyczepinach lub t. zw. włóknach przetrwałych. Zdarzyło mi się widzieć prawdziwą przyczepinę przednią (zrośniętą z bielmem), barwy saméj tęczówki, wyglądającéj jak włókno przetrwałe, która się wszakże przyczepiała do tęczówki o 1 mm. ku zewnątrz od brzegu źrenicznego, t. j. w okolicy mniejszego pierścienia tętniczego.

Przeciwnie w przypadkach Makrockiego i w moim mieliśmy zaćmienia li tylko w obrębie błony Descemeta położone; warstwy powierzchowne rogówki zupełnie były przeźroczyste, przeto nie tylko wywiady, lecz i samo badanie przedmiotowe w obu przypadkach stwierdzało zupełnie rozwojowe pochodzenie zmian spostrzeganych. Wytłumaczenie wady w téj ostatniéj formie ze stanowiska nauki o rozwoju oka żadnych nie przedstawia trudności. Niezwłocznie po utworzeniu u zapłodka następczego pęcherzyka ocznego, do warstwy bezpostaciowéj, położonéj pomiędzy blaszką rogową a powstałym z téjże zawiązkiem soczewki, z okolic równika wędrują komórki płastów główkowych (*Kopfplatten Remaka*) i w ten sposób powstaje wspólny zawiązek, z którego następnie wyróżniają się: własna istota rogówki z błoną Descemeta, tęczówka razem z błoną źreniczną i nadto blaszka przednia torebki soczewkowéj. Początkowo, powtarzam, zawiązek jest wspólny, podział zaś jego na warstwy późniéj dopiero następuje. Jeśli cała błona źreniczna lub tylko części jéj rozwijają się nieprawidłowo, jak już wyżéj wspomniałem, pozostać one mogą w obrębie źrenicy, nie przyczepiając się bynajmniéj ani do torebki soczewkowéj, ani téż do rogówki, jak tego w istocie dowodzi cały szereg spostrzeżeń. Najczęściéj włókna przetrwałe przyczepiają się nadto do torebki soczewkowéj i wreszcie, jak utrzymuję, tylko w dwóch przypadkach przyczepiają się one do rogówki. W skutek czego powstaje przyczepienie, powiedzieć trudno. W 2gim przypadku Van Duysea, zbadanym anatomicznie (*Ann. d'oculistique* 1886 *Janvier, Février*), blaszka na torebce soczewkowéj, do któ-

réj się włókna przyczepiały, miała postać zaćmy stożkowatéj, dokoła któréj znajdowały się komórki tkanki łącznéj, nadto komórki barwikowe i naczynia krwionośne, z których jedno nawet ciałka krwi zawierało. Utwory te zbyt są nieodpowiednie warunkom prawidłowéj budowy, témbardziéj więc dowodzą nieprawidłowości wyróżniania przy rozwoju części oka, któratonieprawidłowość polega na utworzeniu pierwocin, które następnie nie mogą uledz zwykłéj sprawie zanikowéj. Tak się rzecz ma względem blaszki przedniéj torebki soczewkowéj. Stanowi ona jednak dla błony źrenicznéj we wspólnym zawiązku wewnętrzną warstwę, błona zaś Descemeta zewnętrzną. Warstwy te we wspólnym zawiązku bezpośrednio do siebie przytykają, gdyż komórka przodkowa do późniejszych dopiero należy utworów. Zrośnięcie więc nieprawidłowe warstw nastąpić może równie łatwo ku wewnątrz jakoteż ku zewnątrz, zdawaćby się nawet mogło, że w ostatnim kierunku o wiele łatwiéj, ponieważ gdy prawidłowa torebka soczewkowa stanowi utwór bezpostaciowy, tylną powierzchnię rogówki (błonę Descemeta) pokrywają komórki śródbłonka, które jako takie już same przez się są zdolne do odegrania w téj sprawie roli czynniejszéj.

II. O hydroterapii suchot płucnych.

Napisał
Dr. Stanisław Smoleński,
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego,
lekarz zakładu leczniczego w Jaworzu na Śląsku.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Skreślone powyżéj zasady, na których opierać się powinno stosowanie zabiegów wodnych u suchotników, wysnute są nietylko z doświadczeń wielu poważnych lekarzy, ale i z własnych moich postrzeżeń. Od lat ośmiu zwracałem baczną uwagę na rozwój i postępy leczenia suchot płucnych a szczególnie na skutki osiągane w nich za pomocą hydroterapii, i w tym względzie miałem częstą sposobność wypróbowania jéj własném doświadczeniem. W r. 1881 praktykując w Gleichenbergu starałem się u wielu chorych łączyć pomyślny wpływ czynników klimatycznych i balneologicznych z zabiegami wodnemi, a przez następne lat sześć znajduję się w równie do tego pomyślnych warunkach w Jaworzu, które obok znanych oddawna zalet klimatycznych rozporządza zarazem i dobrze urządzonym zakładem wodoleczniczym. Z tychto swoich doświadczeń chciałbym na tém miejscu zdać sprawę, aby uwidocznić słuszność prawideł i zasad powyżéj wyluszczonych. Zastrzedz się jednak muszę, że nie zamierzam bynajmniéj dawać tu wywodów statystycznych, ani wysnuwać z nich ogólnych zasad i reguł postępowania, bo nie uprawniają mnie do tego ani szczupłość materyjału postrzeganego ani warunki, śród których doświadczenia swe czyniłem. Chciałbym tylko zwrócić uwagę, że dla osiągnięcia stosunkowo pomyślnych rezultatów w pewnych okresach suchot płucnych, niekonieczne jest leczenie suchotników w zakładach zamkniętych, jak to twierdzą niektórzy lekarze niemieccy, lecz że i w uzdrowiskach otwartych z przyjaznemi warunkami klimatycznemi można dobre mieć wypadki leczenia. Powiedzieć nawet można, że ostatnie więcéj się nadają do leczenia początkowych i przewlekłych okresów suchot, gdy okresy późniejsze, mianowicie z przebiegiem ostrym, należą raczéj do lecznic w zakładach zamkniętych. Możność leczenia suchotników w uzdrowiskach otwartych jest tém ważniejszą, że ono jest przystępne dla wielkiéj ilości niezamożnych chorych, gdy pobytu w zakładach zamkniętych, prawdziwéj *pharmacopocae elegantis*, pozwolić sobie może tylko nie wielu.

W czasie 7-letniéj swéj praktyki zawodowéj zastosowałem hydroterapiję w ogóle u 85 suchotników. Z tych przypada na Gleichenberg w roku 1881: 25 przypadków (okresy początkowe i suchoty przewlekłe 20, *phthisis florida* 5) a na czas 6-letni w Jaworzu, r. 1882 do 1887: 60 przypadków (t. j. okresu początkowego i przewlekłego 54 a *phthisis floridae* 6). Razem więc przypadków suchot przewleklych 74 a ostrych 11.

Z 20 przypadków suchot przewlekłych, leczonych w Gleichenbergu, w 7 poprzedzało mniéj lub więcéj dawno krwioplucie a w 2 nawet obfite krwotoki. Używałem u nich głównie zimnych wycierań, w kilku przypadkach także natrysków i opasek piersiowych. Przypadków wyleczenia czy téż znakomitéj poprawy było 13, wyraźnego polepszenia 7. Do pierwszych zaliczam wszystkie, w których pozostało naturalnie zgęszczenie szczytowe, ale objawy nieżytowe ustąpiły, kaszel ustał, stan odżywienia znacznie się poprawił, znikły bóle i klucie, nie pojawiało się krwioplucie. O kilku z nich wiadomo mi, że cieszą się dotychczas zadowalającym stanem zdrowia — inni zaś po pewnym czasie musieli znów szukać pomocy lekarskiéj.

Między 60 przypadkami leczonemi w Jaworzu w 3ch można było wykazać jedynie nieżyt szczytów płucnych, w 51 były wyraźne zmiany anatomiczne, począwszy od ograniczonego zgęszczenia szczytowego aż do rozległych zmian w obydwóch płucach, jam suchotniczych itd. W 10 przypadkach były gorączki wieczorne (około 38·2 do 38·8°C.); w kilku innych poprzedzały krwawienia płucne, gdy podczas leczenia nie postrzegano ani razu krwioplucia.

Leczenie wodne trwało zazwyczaj 4 do 6 tygodni, w kilku zaledwie przypadkach przeszło 2 miesiące. W przebiegu leczenia można było w większéj części przypadków postrzegać co następuje: pewien stopień psychicznego ożywienia, wzmożone samopoczucie, więcéj ufności w przyszłość swego zdrowia, apetyt większy, sen lepszy, plwocina nieraz obfitsza, ale wykrztuszanie lżejsze, kaszel z czasem zawsze mniéj czysty. Szczególnie często zauważono, że chorzy mniéj łatwo się męczyli, że duszność, bicie serca zwolna ustępowały a we wszystkich przypadkach poprawiał się stan odżywienia wyraźnie, niekiedy w niezwykły sposób. Szczególnie szybką i znaczną poprawę postrzegałem wielokroć u chorych izraelitów. Działanie zabiegów wodnych uwydatnia się tu zarazem w kierunku pielęgnowania i hartowania skóry oraz wzmożenia jéj czynności fizyjologicznych, skóry zazwyczaj u nich bardzo zaniedbanéj. Wziąwszy na uwagę obfitsze chorych żywienie, zwykle u nich, przynajmniéj jakościowo, niedostateczne, łatwo zrozumieć, że chorzy téj kategoryi dziwnie szybko nabierają sił, że ciężar ciała wzrasta nieraz po 2 do 3 kilogramów na tydzień a stan zdrowia pod każdym względem widocznie się poprawia.

Jako przykład niech posłuży następujący przypadek: Pernetz, l. 21, z Baranowa, przysłany do Jaworza dnia 20 sierpnia 1883 przez Drów Reifera w Dzikowie i prof. Pareńskiego w Krakowie. Choroba trwa od lat trzech, ojciec umarł na suchoty, wychudnienie wielkie, ciężar ciała 43 kg., kaszel uporczywy, plwociny obfite, stłumienie nad szczytem płuca prawego. Chory mając sobie przezemnie polecone picie wielkiéj ilości mleka, doszedł w końcu pierwszego tygodnia do 3ch litrów dziennie. Równocześnie zastósowano dwa

razy na dzień wycierania w zimném prześcieradle i chwilowe zimne natryski. Kaszel zmniejszył się już po kilku dniach, poczém ustał zupełnie a po dwóch tygodniach P. wyjechał do domu, ważąc 55 kilogramów, t. j. z przybytkiem 12tu kilogramów na wadze! Przez trzy następne lata był zdrów zupełnie, aczkolwiek nie bardzo się szanował. W zimie roku 1886/7 skutkiem przeciążenia pracą i zaziębienia nabawił się krwotoku płucnego i kaszlu, poczém znów znacznie wychudł. Dnia 20 lipca 1887 przybył ponownie do Jaworza. Stłumienie po stronie prawéj rozleglejsze niż przed 4 laty; kaszel mierny, ciężar ciała 54 kg. Stósowano znów obok dyjety przeważnie mlecznéj i miernych ilości żętycy owczéj codziennie zimne nacierania a późniéj i krótkie natryski, pod wpływem czego ciężar ciała wzrastał po 2 kgm. na tydzień. Po pięciu tygodniach powrócił do domu ważąc 59kgm., bez kaszlu. Bardzo podobny przypadek postrzegałem w r. 1885: Ehrlich, l. 30, z Proszowic, przysłany do Jaworza d. 16/6 1886 przez prof. Korczyńskiego w Krakowie. Przed 3ma miesiącami pojawiło się krwioplucie trwające przeszło tydzień. Badanie wykazało naciek w szczycie płuca prawego i dość znaczne wychudnienie. Przez cały miesiąc pił żętycę i dużo mleka, przyczém stan odżywienia poprawił się znacznie. Następnie stósowano codziennie rano zimne wycierania i natryski. Po dwóch miesiącach ciężar ciała podniósł się o kilka kilogramów, kaszel ustał zupełnie, krwioplucie nie powróciło więcéj. Dodziśdnia cieszy się dobrém zdrowiem, jak mnie zapewniają liczni jego znajomi, wspominający nieraz z żalem, dla czego i u nich nie ma tak rychléj i znacznéj poprawy.

Używany przezemnie sposób stosowania hydroterapii u téj kategoryi chorych jest następujący: Najprzód dla oswojenia chorego z ochładzaniem skóry a zarazem niejako *ad captandam benevolentiam* polecam im wycierać piersi i plecy co rano w domu albo wodą wystałą albo słoną; czas ten służy mi i do tego, aby obserwować chorego, zbadać go kilkakrotnie pod względem stanu płuc, poznać zachowanie się ciepłoty, ciężaru ciała, plwociny itd. Wkrótce chory godzi się z myślą poddania się ogólnym zabiegom wodnym, do których się téż w razie potrzeby po pewnym czasie przechodzi, a mianowicie najprzód do wycierań w zimném prześcieradle, z ciepłotą z początku 18°R., późniéj stopniowo obniżaną do 12°R. Po paru lub kilku dopiero tygodniach stosuję bezpośrednio po nacieraniu krótkie 10—30-sekundowe natryski kropliste zimne, zstępujące lub boczne ruchome; ostatnie głównie wtenczas, gdy idzie o usunięcie miejscowego bólu opłucnowego itp. Rzadko rozpoczynam odrazu od natrysków, głównie dla tego, że chorzy nieoswojeni jeszcze z oziębianiem często się ich obawiają.

W kilku przypadkach poprzedzały mniéj lub więcéj dawno krwotoki płucne. Powiedziałem już powyżéj, że podczas leczenia wodnego nie zdarzyło mi się ani razu postrzegać świeżego krwioplucia. Gdyby się zjawiło, nie wahałbym się ani na chwilę usunąć wszelkie zabiegi wodne i zalecić dla powstrzymania krwawienia zupełny spokój.

W jakim czasie po krwawieniu można używać zabiegów wodnych? Wyniki badania płuc nie dają w tym względzie stanowczéj odpowiedzi. Najlepiéj kierować się ogólnym stanem chorego. Można powiedzieć, że ilekroć chory po przebytym krwotoku rusza się już i chodzi bezpiecznie, może mówić głośno i śmiać się, czyli wraca już do zwykłego, choć zawsze jeszcze oględnego trybu życia, natenczas można już stósować zabiegi wodne bez obawy wywołania krwawienia płuc. Tu jednak wolałbym rozpocząć od zmywań wodą zimną lub chwilowego natrysku niż nacierań, przy których nie może się obyć bez mechanicznego wstrząsania klatki piersiowéj. Przekonałem się nieraz, że chodzenie pod górę, przebywanie w dusznéj atmosferze, przeziębienie i wystawianie się na wiatr łatwiéj i częściéj wywołują krwawienie, niż zabiegi wodne przelotne, podniecające.

Co się tyczy ciepłoty ciała, to już nadmieniłem powyżéj, że lekkie wieczorne wzniesienia gorączkowe nie stanowią bezwzględnéj przeszkody do użycia zabiegów wodnych, albowiem postrzegano wielokrotnie, że w miarę wzmocnienia ciała ustępuje i stan gorączkowy.

Sposób ten postępowania przynosi tak widoczne korzyści, że zyskuje sobie u chorych coraz większe zaufanie. Przed kilku jeszcze laty rzadko który z chorych dawał się nakłonić do poddania się np. zimnemu nacieraniu, a cóż dopiero zimnemu natryskowi; a jeżeli się poddał, to z niemałą zwykle obawą. Następnie rzecz się zmieniła zupełnie, co więcéj, teraz muszę nieraz chorych powstrzymywać i tłumaczyć im, że jeszcze dla nich nie pora używania zabiegów wodnych. Chorzy bowiem ostrzegani zazwyczaj uroczyście przez lekarzy i krewnych, aby, broń Boże, kropla zimnéj wody na nich nie spadła, nauczeni naoczném doświadczeniem uważają to za dowód znacznéj już poprawy swego stanu, jeśli mogą być przypuszczeni do używania zabiegów wodnych, a ilekroć im się odmówi, obawiają się, że choroba ich jest nieuleczna.

Sposobność do stosowania hydroterapii w suchotach płucnych zawdzięczam zaufaniu wielu doświadczonych lekarzy, przedewszystkiém prof. Korczyńskiemu a także i doktorowi Rothowi w Staszowie, których wielu chorych ze świetnym rezultatem leczniczym powróciło do domu. Kilku chorych tych leczyłem przez dwa i trzy po sobie następujące lata; niektórzy z nich podupadłszy znów na siłach przybywają do zakładu dla wzmocnienia, inni dla naprawy powstałego znów pogorszenia. Jeszcze inni przyjeżdżają raczéj dla zwyczaju i przezorności, aby się nadal wzmocnić i zahartować.

Dla przykładu pozwalam sobie przytoczyć następujący przypadek:

Pani M. D., mężatka, l. 23. Jako kilkonastoletnia panienka wysłaną była do Reinerz dla jakiegoś cierpienia płuc, przed kilku zaś laty wyjeżdżała z porady prof. Pareńskiego do Szczawnicy z przyczyny nieżytu oskrzelowego i „bardzo podejrzanego stanu szczytu lewego płuca“. Pierwszy i drugi raz wyjazd podziałał bardzo dobrze. W zimie r. 1880 pojawił się silny krwotok płuc, choć tylko mierny nieżyt płucny wykazać się wówczas dawał. Odtąd zaczęła tracić apetyt i siły, doznawała często dreszczów, oraz napadowych bólów poniżéj lewego obojczyka obok linii sutkowéj, występujących razem z napadami duszności i lęku. Po dreszczach nigdy nie stwierdzono gorączki, tylko dłonie zwykle się pociły. Chora chudła odtąd znacznie, tracąc średnio po 2 kilogramy na wadze na tydzień, skarży się na wielkie osłabienie, duszność i ciężkość na piersiach.

W r. 1881 dnia 24/5 przybyła do Gleichenberga z polecenia prof. Pareńskiego. Kobieta wzrostu wysokiego, budowa ciała prawidłowa, klatka piersiowa płaska i nieco wąska a długa. W dziecięctwie przebyła zołzy. Nad szczytem lewego płuca lekkie stłumienie, kilka głuchych rzężeń i zaostrzenie oddechu, w miejscu bolesném nie ma tarcia opłucnowego. Nad lewém uchem od dziecięctwa wrzodzik z przetoką wydzielającą co pewien czas rzadki płyn ropny. Niedokrewność wielka i zwątlenie kiszek. Ciężar ciała 65·75 kg. Ciepłota wieczorna 37,2°C, tętno 74.

D. 26/5 w południe dreszcz i bóle pod lewym obojczykiem. To samo powtarza się d. 28/5; w czasie dreszczu i po dreszczu ciepłota 36.5°C. Tak samo d. 29/5. D. 30/5 znów w południe dreszcz, przetokę nad uchem zamkniętą, ropą wypełnioną, przecięto. D. 1/6 w południe dreszcz z ciepłotą 36·6°C.

Od dnia 2/6 nacierania codzienne rano 18°R. Ciężar ciała 64·65 kg. Do dnia 7/6 apetyt nieco lepszy, sen dobry, ale codzień w południe lekki dreszcz i pocenie się rąk. D. 7/6 ciężar ciała 64·35 kg., a d. 13/6 64·25 kg.

Brak podwyższenia ciepłoty podczas i po dreszczu i równoczesne, wyraźne ochłodzenie skóry naprowadziły mnie na myśl, czyby silne nacieranie skóry, wykonane bezpośrednio przed dreszczem, nie zapobiegło widocznemu kurczowi naczyń skórnych a może i samemu dreszczowi. Dla tego też dnia 19/6 wykonano wycieranie 17°R. o godzinie 11éj rano i rzeczywiście dnia tego dreszczów **n i e** było. Odtąd codziennie stósowano wycierania ciała przed samém południem i dreszcze już się więcéj nie powtórzyły. Parę razy zjawił się jeszcze mały napad duszności, bóle pod lewym obojczykiem znikły prawie zupełnie a równocześnie zagoił się i wrzodzik nad uchem. D. 28/6 ciężar ciała 67·11 kg. Chora chodzi swobodnie, apetyt bardzo dobry, sił znacznie więcéj. D. 21/7 ciężar ciała 69·30 kg., chora wyjechała w bardzo dobrym stanie do Zakopanego z przybytkiem na wadze 3·55 kg.

W rok później (1882) przybyła do Jaworza w dobrym stanie odżywienia bez kaszlu, bez bólów w piersiach i bez duszności. Stan taki trwał jeszcze lat kilka, aż w r. 1885 zapadła znów na zapalenie płuc i po całorocznym pobycie u B r e h m e r a w Görbersdorfie na suchoty umarła.

W przypadku tym dwie rzeczy zasługują na uwagę. Najprzód czy nie istniał pewien związek między wrzodzikiem nadusznym a sprawą płucną, czy mianowicie, jak to podejrzywał prof. P a r e ń s k i, wrzodzik ów nie stanowił źródła, z którego rozpoczęła i rozwinęła się sprawa chorobowa w płucach? Czy więc nie była tu *tuberculosis pulmonum metastatica ex ulcere scrophuloso*? Powtóre uwagi godny jest tu wpływ nacierania skóry na pojawiające się od dawna dreszcze. Dopóki nacierania stósowano na kilka godzin przed dreszczem, nie miały one nań żadnego wpływu; dopiero gdy wykonano je bezpośrednio przed mającym nastąpić dreszczem, ziębienie znikło i nigdy się już nie powtórzyło. Wytłumaczyć to możnaby tym sposobem, że ów dreszcz był następstwem peryjodycznego kurczu naczyń obwodowych i powstałego przez to ochłodzenia skóry. Wpływ podnięty termicznéj i mechanicznéj na nerwy naczynioruchowe wyrównał zboczenie w krążeniu krwi obwodowém i nie dopuszczał powstawania kurczu naczyń. Za słusznością takiego tłumaczenia przemawia i to, że ani podczas ani po dreszczu nigdy nie było podniesienia ciepłoty, owszem była ona bardzo niską.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Anatomija patologiczna.

Prof. F. F a l k w Berlinie: **Die pathologische Anatomie und Physiologie des Joh. Bapt. Morgagni.** (1682—1771). Ein monographischer Beitrag zur Geschichte der theoret. Heilkunde, Berlin, 1887, A. Hirschwald, in 8vo, str. 112.

Autor znany z cennych prac swoich w dziedzinie medycyny sądowéj chwile wolne od zajęć ściśle zawodowych poświęcił badaniu prac wielkiego anatoma włoskiego, którego każdy niby zna jako twórcę anatomii patologicznéj, którego dzieła atoli mało kto miał w ręku swoim. Kto był Morgagni, jakie jego zasługi, — o tém przecie wróble na dachu śpiewają; zapoznać się z nim bliżéj, to rzecz w naszych czasach niepopłatna, a powiedzmy otwarcie nawet prawie niemożebna, skoro znajomość łaciny coraz staje się rzadszą, zresztą zbyteczną, gdy tanim kosztem można uchodzić za uczonego, jeżeli się cytuje ustępy z autora według cytat z trzeciéj lub czwartéj ręki wziętych, mniejsza o to czy wiernych i stósownych. Podobna nieznajomość zasłużonych autorów dawniejszych nietylko u nas jest na porządku dziennym, ale i gdzieindziéj; wszak prof. F. wspomina, że w egzemplarzu dzieł Morgagniego, znajdującego się w biblijotece królewskiéj w Berlinie, znalazł kartki po największéj części nierozcinane. Za tém większą zasługę poczytać należy autorowi, że nie szczędził dwuletniéj pracy — jak nas sam zapewnił, — aby przestudyjować gruntownie dzieła Morgagniego, podzielić się owocem pracy swojéj z tymi, którzy albo nie chcą albo nie mogą sami zapoznać się z wielkim anatomem. Studyjum to niejednego zachęci do zaglądania do oryginału, przynajmniéj do pewnych działów i rozdziałów, pozwoli nie jednemu odszukać materyjału na razie pożądanego, a bezwarunkowo będzie przewodnikiem dla każdego lekarza w ocenieniu należytém zasług męża, którego mniéj lub więcéj słusznie za twórcę anatomii patologicznéj poczytujemy.

Autor dzieli pracę swoją na 3 części: pierwsza wstępna (str. 1—46) zawiera uwagi historyczne ogólne, druga zajmuje się (str. 46—107) szczegółowo anatomiją patologiczną Morgagniego w 7 działach (system nerwowy, zmysły, przyrządy oddychania, krążenia, trawienia, przyrząd moczopłciowy i narządy ruchowe), trzecia wreszcie (str. 107—112) podaje wyniki końcowe.

Nie podobna nam pójść krok w krok za autorem i podać wszystkie szczegóły, w które dziełko jego obfituje, przypuszczając, że ono znajdzie się w ręku wielu kolegów, którzy z pewnością nie pożałują małego kosztu i z przyjemnością rzecz całą przeczytają, — poprzestaniemy na odwzorowaniu postaci Morgagniego i ocenieniu jego stanowiska w dziejach medycyny.

Jan Chrzciciel Morgagni urodził się w m. Forli d. 25 lutego 1682 r., był uczniem Albertiniego i Valsalvy, następnie przez lat 59 piastował posadę profesora anatomii w Padwie, gdzie wykształcił najznakomitszych anatomów włoskich w 18 wieku, między nimi i Scarpę. Od r. 1709—1719 wydawał swoje *Adversaria anatomica*, a dopiero w r. 1761, a więc w 79 roku życia, wiekopomne dzieło *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, libri V. Umarł dnia 6 grudnia 1771.

Po kilku więc dziesiątkach usilnéj, sumiennéj pracy w wieku sędziwym dopiero występuje Morgagni z głównem swém dziełem, ułożoném w postaci listów, pisanych do przyjaciół lekarzy, z dziełem, ogromem swéj treści świadczącém o nadzwyczajnéj pilności i bystrości obserwacyj. Nie poprzestawał zaś Morgagni na sekcyjach zwłok ludzkich, celem tłumaczenia objawów życia, lecz robił częste sekcyje i na zwierzętach, przez co przysłużył się i patologii porównawczéj. Nie uganiał się wcale za rzadkościami, uważając przypadki powszednie za nierównie ważniejsze dla praktyki. Nie posługuje się nawet nazwą anatomii patologicznéj, z którą po raz pierwszy spotykamy się w r. 1771 w dziele Graemoensa; strona anatomiczna nie była dlań sama sobie celem, bo za-

leżało mu na tém, aby wyniki sekcyj wprowadzić w związek z obserwacyją przy łóżku chorego. Zacofanie medycyny umiejętnéj w wiekach średnich kładzie na karb zaniedbania sekcyj aż do wieku 16go, pomimo że od czasu cesarza Justynijana istniały szpitale i dla tego napomina głównie lekarzy szpitalnych, aby starali się powetować szkodę ztąd dla medycyny wynikłą. Jako anatom starał się o nawiązanie strony patologicznéj do prawidłowéj, z drugiéj strony za pomocą doświadczenia usiłował łączyć ze sobą objawy fizyjologiczne i chorobowe i z tego powodu nazwisko jego i w historyi fizyjologii zajmuje miejsce poważne. Mając głównie na celu wyjaśnienie za pomocą eksperymentu patologicznego kwestyj odnoszących się do kliniki lekarskiéj, korzystał z licznych sekcyj, dokonanych na samobójcach, na zamordowanych, zmarłych z uduszenia lub straconych na mocy wyroku, aby robić doświadczenia odnoszące się do medycyny sądowéj. W dziełach pomniejszych omawia zagadnienia z części biologicznéj medycyny sądowéj (jako o defloracyi, niezdolności płciowéj, dojrzałości dzieci), w dziele głównem zaś szczegóły należące do tanatologii sądowéj (jak znaczenie ucisku wywartego na główne pnie naczyń szyjnych i nerwów w strangulacyi, dostawanie się płynu do płuc i żołądka tonących, o niektórych truciznach). Rzecz godna uwagi, że M. w wieku 18ym bez narażenia się na jakiekolwiek przykrości, zwlaszcza ze strony dostojników kościelnych, mógł jawnie robić wiwisekcyje na zwierzętach, pomimo że badania te w owych czasach, gdy nie posługiwano się jeszcze środkami odurzającemi, wydawać się musiały okrutniejszemi niż obecnie. Nie stronił także, gdzie tego zachodziła potrzeba, od badań chemicznych, przeważnie mając interes medycyny wewnętrznéj na celu; mniéj uwzględniał chirurgiję i położnictwo.

Z materyjału swego korzystał aż do wieku schyłkowego, a miał go obficie z Padwy i Bononii, tak że podzielić się musiał pracą z pomocnikami swymi, a jako takich wymienia: Vulpiusa, Saxonię i Mediavię. Sumiennie atoli wyznaje, że materyjał ten ma wartość tylko względną, ponieważ składał się przeważnie ze zwłok osób starszych i biednych, wykazując, że u téj klasy ludzi trudno o daty ananmestyczne, podczas gdy o dnie nie miał żadnego prawie doświadczenia, ponieważ choroba ta nagabuje przeważnie bogatszych. Natomiast otrzymywał częste preparaty ze szpitali i praktyki prywatnéj, a nie brakło téż sposobności robienia sekcyj na zwłokach osób z warstw wyższych społeczeństwa, jeżeli rodzina tego żądała; również wykonywał obdukcyje z polecenia urzędowego; najmniej spotykał się ze zwłokami położnic i dzieci.

Wyjątkowo tylko nie korzystał z materyjału, tak np. jeżeli obarczony był ważniejszemi zajęciami, jeżeli z nieboszczykiem był zaprzyjaźniony za życia, wreszcie jeżeli zachodziła obawa zarażenia się. Nie uważał on za stosowne naśladować przykładu nauczyciela swego Valsalvy, który nie wahał się kosztować surowicy z pęcherzy zgorzelinowych, ale za to równie jak tamten miał obawę przed zwłokami suchotników; chorych na dżumę i ospę nie chciał leczyć, a zwłok ich nie dotykał się nawet w wieku zgrzybiałym, nie ubiegając się o wawrzyny Zwingera, który wykonał śmiało sekcyję chłopca z ospy zmarłego, ani tych lekarzy włoskich i francuskich, którzy wykonywali sekcyje na zwłokach ludzi z dżumy zmarłych, uważając ciała takie, zwłaszcza jeżeli już gniły, za bardziéj zaraźliwe, aniżeli chorych i nie spodziewając się dodatnich wyników z takich sekcyj; wszakże jeszcze Cruveillier zapewniał: *l'anatomie pathologique est peu importable dans les maladies contagieuses.* Wyjątek stanowiła dla niego tylko kila, którą badał starannie. Natomiast nie obawiał się zgnilizny, a nawet, jak po klimacie włoskim inaczéj spodziewać się nie można, bardzo często badał zwłoki gnijące, a jeżeli się jeszcze uwzględni, że częstokroć zwłoki otrzymywał późno, a nadto że z wykonywaniem sekcyj wcale się nie spieszył, a sekcyja sama trwała u niego bardzo długo, to nie podobna nie przypuszczać, że wiele zmian przez niego opisanych, było poprostu zmianami ze zgnilizny pochodzącemi. Obawiając się omyłek w sprawdzaniu zaszłéj śmierci wyjątkowo tylko rozpoczynał sekcyje w 9 godzin po śmierci; w zimie nawet dzień 6ty po śmierci uważał za wczesny jeszcze do rozpoczęcia sekcyi, a rozpocząwszy ją odkładał trzewa, badając szczegółowiéj mózg w 4 dni, a serce nawet w 13—20 dni późniéj i wyjątkowo tylko kończył sekcyję tego samego dnia, zazwyczaj trwała ona kilka tygodni; pochodziło to zapewne i ztąd, że czasem materyjał wyjątkowo był bardzo szczupłym a liczba uczniów znaczną. Ale téż z tego powodu sąd jego o zmianach, polegający na woni, zmniejszeniu się konsystencyi i zabarwieniu, był mylny. Do ujemnych stron jego należy styl ciężki, rozwlekły i mniejsza biegłość w części ogólnéj anatomii patologicznéj; jest on atoli mistrzem w części szczegółowéj, makroskopowéj; drobnowidem mało co się posługiwał.

Vixere fortes ante Agamemnona; Morgagni nie jest wprawdzie twórcą anatomii patologicznéj, jak wielu przypuszcza; przed nim pracowali Mondino, Benevieni, Benedetti, Bonet, Valsalva; ale śmiało mógłby Morgagni powiedzieć o sobie: „Wiedza anatomiczna i patologiczna mojego czasu, to ja“. Jest on świetnym reprezentantem anatomii wieku 18go, w patologii doświadczalnéj godnym poprzednikiem Magendiego, w anatomii patologicznéj Rokitanskiego i Virchowa, a pomimo, że nauka, obszar jéj i metodyka, w naszych czasach inny wzięły obrót, blask imienia Morgagniego nigdy nie zagaśnie.

Pomimo całego uwielbienia dla wielkiego anatoma, autor wszędzie jest wolny od przesady; z przyjemnością dowodzi wielkich jego zasług, a z przykrością wprawdzie, ale przedmiotowo, wykazuje strony jego ujemne. Pracą swoją przysłużył się piśmiennictwu lekarskiemu i wszystkim tym kolegom, dla których znajomość dziejów nauki naszéj jeszcze nie jest całkiem obojętną. *L. Blumenstok.*

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Dr Loebisch: **O nowszych sposobach leczenia otyłości.**

Zdaniem prof. L. szkoła monachowska największą ma zasługę koło leczenia tego coraz częstszego cierpienia, mając bowiem sposobność i zakłady odpowiednie do dokładnego badania fizyjologicznych warunków przyswajania i przemiany materyi w ustroju zwierzęcym i ludzkim, dała ta szkoła racyjonalne i na naukowych podstawach oparte wskazówki, jak w każdym przypadku postępować należy. W pierwszym rzędzie należy przyznać zasługę Pettenkoferowi i Voitowi. Przed kilkoma dziesiątkami lat błądzono tylko po drogach ubocznych, aż dopiero w ostatnich czasach udało się na podstawie ścisłych obserwacyj, doświadczeń i rozbiorów wejść na odpowiednią drogę leczenia téj zmiany. I dziwić się wypada, co sam Loebisch z żalem przyznaje, że co do leczenia otyłości wracamy się do tych samych wskazówek, jakie już Hippokrates i Plinius swoim chorym dawali.

Gdzie się w organizmie tłuszcz tworzy, tego prof. L. w swéj obszernéj rozprawie nie rozbiera, przytacza tylko po omówieniu składu chemicznego tłuszczów, że z ró-

żnych okolic ciała jednego i tego samego zwierzęcia wzięty tłuszcz nie jest identyczny z drugim co do składu swego, co zdaje się przemawiać za zdaniem Unny, który twierdzi, że w każdém miejscu ciała inny jest chemizm i mechanizm tworzenia się jego (*Monatshefte für Dermatol.*), wielu bowiem np. jest ludzi otyłych a mających przecież szczupłe i cienkie nogi, że przy leczeniu otyłości nie ustępuje tłuszcz jednomiernie ze wszystkich okolic organizmu, lecz jest pod tym względem pewne stopniowanie, najpierw pozbywa się tłuszczu nagromadzonego serce, potém skóra, a najpóźniéj krézka. Dokładniéj za to rozebrana jest kwestyja, z jakich pokarmów i z których istot tłuszcz się wytwarza i tu wylicza Loebisch:

1. Tłuszcz jako taki w pokarmach się znajdujący stanowi pierwsze i najważniejsze źródło, wykazano bowiem, że jelita mają zdolność pochłaniania tłuszczu w téj samej postaci z potraw, w jakiéj go spożywamy.

2. Ciała białkowate; nie udało się wprawdzie wykazać na drodze doświadczalnéj chemicznéj przemiany ciała białkowatego w tłuszcz (wyjąwszy jedno spostrzeżenie Salkowskich w *Berl. deutsche chem. G.* Bd. XII), ale za tém przemawiają: *a)* W mleku mięsożernego zwierzęcia zawartość tłuszczu przy pożywieniu zupełnie mięsném rośnie w miarę powiększania dowozu istot białkowatych (Voit, Kemmerich); *b)* kury żywione samém chudém mięsem tyją tak samo jak inne (Czerinow); *c)* Pettenkofer i Voit wykazali doświadczalnie, że wśród żywienia zwierzęcia wyłącznie chudém mięsem 9% tłuszczu się tworzyło.

3. Węgleki wodu; że z nich samych może się w ogólnéj wymianie materyi wytworzyć tłuszcz, za tém przemawiają doświadczenia Munka, Liebiga, Grouvena i bardzo wielu innych, ale nadto jeszcze węgleki wodu mają własność wstrzymania rozpadu tłuszczu w organizmie, Voit bowiem wykazał, że 175 części węgleków wodu wystarcza do ochrony utraty 100 części tłuszczu.

Do warunków podtrzymujących i ułatwiających rozwój nadmierny tłuszczu zalicza autor: *a)* pobieranie zbytniéj ilości pokarmów przy jednako utrzymujących się potrzebach organizmu, *b)* wszystkie te czynniki, które wymianę materyi obniżają, jak np. nieznaczna praca mięśni lub bardzo mała, *c)* długie i nadmierne sypianie, mięśnie wtedy zupełnie nie pracują a działanie nerwów zredukowane do minimum, *d)* temperaturę otaczającego powietrza; Voit wykazał, że przy wyższéj ciepłocie zewnętrznéj wydzielanie CO_2 jest mniejsze, bo i rozpad tłuszczu mniejszy, przy niższych temperaturach odwrotnie, *e)* brak bodźców zewnętrznych (chemiczne, mechaniczne, termiczne, elektryczne) na nerwy w skórze obniża w niéj znacznie przemianę materyi, *f)* nadmierne używanie rozmaitych pożywek, które, zarówno wyskok jak i alkaloidy, energiję czynności życia komórek obniżają, zarówno przy dawkach większych jednorazowych jak i częstszych mniejszych. Tłuszcz w ustroju zwierzęcym w ogóle wytwarza się zawsze i wszędzie w tych przypadkach, w których przyjmowanie potraw jest większe niż je organizm rozłożyć jest w stanie. Mimoto zdarza się wiele przypadków, w których ilość potraw jest w ogóle stosunkowo małą, a przecież polysarcyja się wytwarza, mamy wtedy do czynienia albo już ze stanem patologicznym organizmu albo z „indywidualną dyspozycyją.“ Do dysponujących okoliczności zalicza prof. L.: *a)* wiek dojrzały, w którym do objawów prawidłowych życia należy nagromadzanie się łatwiejsze tłuszczu, *b)* płeć żeńska jest więcéj usposobioną do rozwinięcia się polysarcyi, szczególnie z rozpoczęciem się menopauzy, *c)* dziedziczność, *d)* klimat, jakkolwiek w téj mierze zdania są bardzo podzielone, *e)* wszystkie te okoliczności przypadkowe, które sprawiają, że pokarmy przyjęte nie bywają w organizmie rozłożone na produkty końcowe, n. p. częste utraty krwi, częste jéj upusty, rekonwalescencyja po ciężkich chorobach, długie leżenie po operacyjach cięższych, n. p. złamaniach, amputacyjach, *f)* niektóre leki, jak np. arsen, długo w małych dawkach pobierany; w niektórych przypadkach rozwinęła się polysarcyja po leczeniu antysyfilitycznem lub u robotników koło rtęci zatrudnionych.

Teraz dopiero przechodzi prof. L. do omówienia objawów polysarcyi, które jako dostatecznie znane pomijamy, a przechodzimy w sprawozdaniu wprost do leczenia otyłości, i tu powiada autor, że metody w nowszych czasach używane do jéj zwalczenia dają się podzielić na trzy grupy: 1. dyjetetyczne, 2. zdrojowe i 3. hydroterapeutyczne. (Dok. nast.)

H. K.

Dr. Jessner: **O istocie dyfteryi w płonicy.**

Wystąpienie epidemii płonicy z komplikacyją błonicy w miejscowości Stolpmünde było autorowi pobudką do zajęcia się powyższym tematem. Istota błonicy w czasie płonicy powstałéj dotychczas nie jest dostatecznie wyjaśnioną. Podczas gdy jedni autorowie przypisują jednemu i temu samemu zarazkowi powstawanie obu chorób, drudzy twierdzą, że płonica i błonica (jako komplikacyja płonicy) odrębne mają zarazki. Autor przychyla się do zapatrywania drugiego, przytaczając na dowód jednakowe wejrzenie sprawy błonicowéj samoistnie i w czasie płonicy powstałéj, jakotéż możebność zakażenia się wyłącznie błonicą, ze wszystkiemi objawami téjże jakoto: zajęciem krtani i porażeniami następowemi, od chorego dotkniętego płonicą, komplikowaną błonicą. Przeciwnicy zapatrywania tego podnoszą, że zajęcie krtani w błonicy samoistnéj jest częstą rzeczą, podczas gdy (w błonicy) w przebiegu płonicy powstałéj należy do rzadkości. Autor zwraca uwagę, że jestto dość naturalném, gdyż błonica posuwa się temi drogami, które nieżytowo są zmienione, w płonicy więc posuwa się błonica w kierunku gardła i trąbki Eustachego. Niewystępowanie porażeń pobłonicowych odnosi autor do tego, że na mięśnie i nerwy zarazek błonicowy nie działa, z powodu równoczesnego istnienia zarazka płonicowego, jestto więc jakoby działanie antagonistyczne. Autor sądzi, że dowody te są dość przekonywające, studyjom jednakże bakteryjologicznym pozostawia stanowcze rozstrzygnięcie identyczności błonicy samoistnéj z błonicą w czasie płonicy powstałą. (*Berl. klin. Wochschrft.* 1887, Nr. 21).

Dr. Halski.

Okulistyka.

Dr. L. Dorkszewicz: **Jaki udział przyjmuje górne ciało czworacze w przeniesieniu podniety światła z siatkówki na jądro n. okoruchowego?**

Prócz prac, o których zdałem sprawę w sprawozdaniu ze Zjazdu lekarskiego w Moskwie, zasługuje na wzmiankę także artykuł Dra D., umieszczony w 2gim tomie „*Trudy wtoraho Sjezda rus. wraczej* (Moskwa, 1887, dział chorób nerwowych, str. 79—85).

Wiadomo, że jedni autorowie widzą pewną łączność między uszkodzeniem górnego ciała czworaczego ze zmianami w oddziaływaniu źrenicy na światło (Flourens, Hertwig, Longet), gdy tymczasem drudzy nie przypu-

szczają tej zależności i zmiany ze strony źrenicy tłumaczą uszkodzeniem nie samego c. czworaczego, lecz rozmaitych części mózgu, sąsiadujących z tém ostatniém (Renzi, Knoll, Betcherow).

Nasz autor robił doświadczenia na królikach, raniąc za pomocą sagitalnych cięć rozmaite części ciał czworaczych. Wyniki tych doświadczeń przemawiają na korzyść pierwszych autorów z pewną jednak różnicą. Główną tu rolę odgrywa *commissura cerebri posterior*, a mianowicie gdzie przy doświadczeniu spostrzega się naruszenie reakcyi źrenicy (*mydriasis*), tam zawsze sprawdza się uszkodzenie *comissurae cer. posterioris* i przeciwnie, gdzie po operacyi źrenica funkcyjonuje prawidłowo, tam *comissura* ta przy cięciu nie została uszkodzoną.

D. dochodzi do następujących wniosków:

1) Uszkodzenie górnego c. czworaczego niesięgające w głąb dalej nad *aq. Sylvii* i niepołączone z uszkodzeniem jąder n. okoruchowego może wywołać zmiany w reakcyi źrenicy takie same, jakie dają się spostrzegać po całkowitém przecięciu nerwów okoruchowych.

2) Zmiany te zależne są od uszkodzenia *comissurae cerebri posterioris*, t. j. przewodnika podniety światła z siatkówki na jądra n. okoruchowego, leżące częścią w istocie *c. quadrig. superioris* nad *aq. Sylvii*.

3) Każde odosobnione uszkodzenie c. czworaczego górnego, skoro tylko nie jest połączone z uszkodzeniem *comissurae cer. post.*, pozostaje bez żadnego wpływu na prawidłową funkcyję źrenic. *Dr. J. Talko.*

IV. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

Inną wreszcie ważną okolicznością kwalifikującą do praktyki leczniczej i zapewniającej powodzenie, jestto charakter duchownego i tytuł pielgrzyma (*hadży*) do grobów czczonych proroków. Wtedyto poważny zwykle doradzca staje się osobistością poszukiwaną; obok niego zwykli się grupować inni mniej uprzywilejowani; jego zdanie, oparte prawie zawsze na wyciągu z jakiegoś nieznanego rękopisu, uważają za nieomylne i choć praktyka nieraz mu zaprzeczy, to nie przeszkadza, że indywiduum ma znaczenie prawdziwego koryfeusza nauki. Pomimo, że brak im wiadomości fachowych, muszę jednak dodać, że obcowanie z tym rodzajem perskich lekarzy-samouków przedstawia pewien interes. Przy całej ich powadze zmuszającej ograniczać się do wzorowej małomowności, nienmiej jednak są oni gadatliwi, chętni dowiedzenia się rzeczy sobie nieznanych, są przyjaźni dla obcych i nie trzymają w tajemnicy sposobów, jakich używają w leczeniu swych chorych. Drugą zaletą jest u nich i to jeszcze, że wbrew wschodniemu zwyczajowi uważającemu duchownych za posiadających siłę niezwykłego a nawet nieomylnego leczenia, żaden z nich nie bawi się w pisanie amuletów, nie okadza, ani zamawia choroby, nie opluwa swych chorych, a tylko jak przystało na przedstawicieli swojskiej praktyki, doradza tylko środków nieomylnych w tém tylko znaczeniu, że nigdy nie szkodzą, a niekiedy pomagają.

Jakąkolwiek zaś jest kategoryja perskich leczących z wyjątkiem tylko wędrownych *mirzów*, każdy z nich posiada własną budę przeznaczoną do przechowywania wszystkiego co praktyk miejscowy używa ku zapracowaniu na podtrzymanie własnego bytu. Przy takiej budzie otwieranej co rano na kilka godzin zwykli się zgromadzać chorzy z rozmaitych klas miejscowego społeczeństwa. Kobiety i dzieci, paralitycy wiezieni na osiołkach, starcy przynoszeni na barkach, indywidua przedstawiające bardzo ciekawe przyklady chorób skórnych, ślepi, trędowaci, słowem wszystko to co się leczy naparami lub wywarami, z wyjątkiem jedynie dotkniętych cierpieniami należącemi do zakresu chirurgii, której znajomości stanowczo odmawiają każdemu, kto się oświadczył, że jest *hekim* a nie *dżarah* (lekarz i felczer). Tego rodzaju podział miejscowych praktyków odgrywa tu bardzo ważną rolę. Bo nikt z dotkniętych potrzebujących pomocy felczera nigdy nie uwierzy, ażeby zajmujący się leczeniem chorób wewnętrznych mógł mu coś pomódz. Jak również nikt choćby tylko dotknięty pospolitym tu świerzbem nie uda się do cyrulika, aby go uwolnił od dokuczliwego pasorzyta, lecz będzie szukać budy i siedzącego w niej doradzcy. Od niego też otrzymuje napary lub wywary z rozmaitych części pewnych ziół, proszki lub pigułki już gotowe lub przygotowane na poczekaniu, podczas gdy inny potrzebujący maści lub opatrunku z żółtka, najczęściej tu używanego na wszelkie rodzaje złamań, musi go szukać nie w budach dla każdego przystępnych, a tylko w domu lub balwierni, gdzie tutejszy chirurg zwykł utrzymywać i siebie i znane sobie sposoby lecznicze.

Leczenie zamożniejszych chorych nawet i w Persyi odbywa się po domach. Nie ma tu bowiem zwyczaju, ażeby mający pewne znaczenie udawali się szukać doradzcy poza bramą swoich siedzib. I choćby cierpienie ich było najlżejszém, nazywa się tu upokorzeniem nie tylko szukanie pomocy w budzie doradzcy, ale nawet odwiedzanie jego mieszkania. To też jest i przyczyną, że zawezwany praktyk przedtém nim zobaczy chorego najprzód zwykł się dowiadywać od posłańca o stopniu i charakterze cierpienia. I stosownie do tego, czego się dowie, zaopatruje kieszenie w rozmaitości lecznicze i przybywszy do chorego ma już w pogotowiu wszystko, co zdawało mu się potrzebném. Badanie chorego oczywiście powierzchowne tylko dopuszcza też i leczenia go li tylko przypadowo. Doradzca jest obowiązany sam przygotować swój lek, pozostać dopóki chory go nie weźmie, a gdy sądzi, że praktyka jest zyskowną, to nie opuszcza domu chorego aż do chwili tak tu zwanego *jachczyłyk*, czyli przełomu w cierpieniu, który mu pozwala powrócić do zewnętrznej klijenteli. Narady koleżeńskie pośród wspomnianej kategoryi lekarzy perskich są zupełnie nieznane. Każdy z nich obawiając się współzawodnictwa, zwykł unikać drugiego i raz powołany do chorego stara się słowem i czynem usposobić otaczających do nieodwoływania się do innych, oświadczając nawet gotowość pozostania przy cierpiącym aż do wyprowadzenia go z kłopotu. Podobna ofiarność często dobrze bywa wynagradzaną: klacz z pięknym rzędem, cenny szal, szczypta turkusów, paki wełny lub kilka worków ryżu, pulchny kożuch wyrobiony w Asterabadzie, dywan wreszcie, przyjmowane bez żenady przez tutejszych praktyków, wzbijają ich w dumę, a dzięki gościnności opartej na otrzymanych zasobach spiżarnianych, pociągają za sobą coraz większe rozszerzenie kółka wielbicieli. Lecz znane są i takie przypadki, w których z powodu niemożności wyprowadzenia chorego z kłopotu tylko lub grożącego mu niebezpieczeństwa, leczący spotyka się z przykrościami gdzieindziej nieznanemi. Sztylet syna lub krewnego, wsadzenie do wilgotnej nory, przywiązanie do drzewca namiotu, kilkodniowe morzenie głodem, wreszcie pospolite obicie kijem lub chłosta goleni

oplecionemi drutem rurkami od *nargileh*, spotkały niejednego z tutejszych praktyków, których przemysł leczniczy zawiódł w przedsięwzięciu. I jakkolwiek ostatnia ta nagroda spadać zwykła na karki mniéj popularnych, to należy jednak przyznać, że prawdziwi Persowie stronią od jéj zastosowania i że wyłącznie tylko Kurdzi zwykli się posuwać do dzikiego traktowania tych, których całą winą jest brak wiadomości i niedająca się ująć w karby siła tego lub owego stanu chorobowego. Dla tegoto i Kurdystan perski jest słusznie uważany za niebezpieczne i niewdzięczne pole popisu dla tutejszych praktyków, którzy go zdala omijają, nie formalizując się wcale, jeżeli jakiś bardziéj przedsiębiorczy Semita zbiera tam plony, dzięki tylko godnéj zacytowania odwadze, bezwzględnéj gotowości zwalczania przeszkód, a niemniéj téż i darowi słowa, jakim wywiera stanowczy nieraz wpływ na otaczających chorego. I gdy w prowincyjach północno-wschodnich i południowych dominują przeważnie doradzcy pochodzenia perskiego, to w Azerbejdzanie i okolicach północno-wschodnich i daléj aż do perskiego Arabistanu palma pierwszeństwa w leczeniu została pozostawioną Izraelitom. Sięgnąwszy zaś nieco daléj poza Szyras i Ispahan w liczbie leczących nie spotykamy znowu Persa lub Semity, a tylko egzystujący tu od wieków wpływ arabski a po części i indyjski zdołał wytworzyć typ praktyków chętnych do pracy i zdolnych stać się wykształconymi, gdyby tylko dane im były środki po temu. Z tych téżto właśnie okolic pochodzą ci z małéj liczby tutejszych lekarzy, którzy dzięki osobiście posiadanym sposobom zajmują dziś wybitne stanowiska w urzędowym ustroju Persyi. Liczba ich wszakże jest bardzo szczupłą, za słabą do koniecznego zmiażdżenia tradycyjnéj powagi praktyków-samouków, jednakże rozwijająca się powolnie i pozwalająca rokować, że z czasem wykształcony lekarz perski zadominuje tak zdolnościami jak i wiedzą nad swym sąsiadem kolegą tureckim.

Gdy zaś odkryłem źródło, z którego pochodzą niektórzy z lekarzy perskich posiadających pewne wykształcenie fachowe, wypada mi omówić drogi i sposoby, jakiemi ciekawy ten kraj doszedł do wyrobienia tych sił, jak powiedziałem, wzmacniających się choć tylko powolnym rozwojem. Po zamordowaniu w Teheranie w roku 1848 posła rosyjskiego rozpoczął się dla Persyi okres wejścia na drogę postępu. Ostatnich parę lat rządów szacha Mohameta zaznaczyły się bardzo wydatną dążnością zapoznania się z zachodem i w tym celu kilkunastu młodych Persów wysłano do główniejszych stolic Europy dla wykształcenia się w rozmaitych fachowych gałęziach. Gdy wkrótce ujął rządy silną ręką dziś panujący szach, liczba tych pijonijerów nauki powiększyła się do sześćdziesięciu, z których 20stu przeszło oddało się studyjom medycyny. Rząd nie ograniczając czasu pozostawania za granicą swych wychowańców, powierzywszy tylko opiekę nad nimi przewodniczącym odpowiednich zakładów (a nie dyplomatom, posłom, jak to czynili Turcy), postarał się, ażeby i w saméj stolicy przygotować dla nich odpowiedni teren, na którymby po powrocie do kraju mogli rozwijać z korzyścią zdobyte za granicą wiadomości. W tym celu zaproszono z Paryża Dra Tolozana, który zaszczycony pełném zaufaniem i przyjaźnią panującego, z całą energiją zajął się zbadaniem stosunków sanitarnych Persyi. Wkrótce za nim przybyli z Wiednia Drowie Polak i Schlimer, z Paryża pierwsi wychowańcy fakultetu medycznego mirza Kazym i Ali, i tak utworzone kółko w parę lat przeobraziło się w komisyję, któréj powierzono założenie szkoły lekarskiéj w Teheranie. Trudności co do posiadania odpowiedniego lokalu łatwo usunięto. Panujący bowiem zajęty upiększaniem stolicy kazał ciągle wznosić nowe gmachy, a kierując się przeważnie zdaniem Dra Tolozana, odpowiedział konieczném potrzebie, oddawszy do rozporządzenia komisyi odpowiednią budowę, w któréj został założony pierwszy w Persyi i jedyny do dziś dnia szpital zwany *Mereshane*. Większe daleko trudności spotkano w wynalezieniu chorych. I gdy liczba ich równała się jednostce zaledwie, a celem Dra Tolozana było otwarcie szkoły lekarskiéj, komisyja zajęła się najprzód tłumaczeniem dzieł klasycznych na język perski i czego Turcy dotąd nie dokonali w swych patryjotycznych nowatorstwach szkolnych, tego w Teheranie kilku ludzi dobréj woli dokonało w ciągu paroletniego okresu czasu. Oto bowiem Dr Tolozan przetłumaczył dzieło Skody „o przysłuchu i wypuku“ i Chomela „o zimnicach.“ Dr Polak opracował chirurgiję (*dżarachye*), choroby skóry (*emrazy dżyldy*), anatomiję opisową (*teszrehy*) i choroby oczu (*emrazy ajny*). Patologiję ogólną opracował mirza Kazym, choroby nerwów (*esabany*) mirza Ali. Farmakologiję i botanikę przetłumaczył Dr Schlimer; fizyjologiję mirza Kiza; chemiję, fizykę i dział o elektryczności i jéj zastosowaniu mirza Kazym. Praca tłumaczeń postępując raźno, wkrótce pozwoliła, że w miejscowéj drukarni odbito odpowiednią ilość egzemplarzy, które przeniesione do zakładu dały początek księgozbiorowi najprzód, a następnie i dość już rozwiniętéj dziś perskiéj literaturze lekarskiéj. Kształcący się za granicą młodzi Persowie wkrótce po otwarciu biblijoteki zostali powołani do kraju i w rok późniéj, gdy się zapewniono, że przyswoili sobie terminologiję naukową i że przygotowane podręczniki mogą na początek wystarczyć do rozpoczęcia studyjów medycyny, dzięki energii Polaka i Tolozana, dążnościom postępowym panującego i niektórych dygnitarzy korony, otwarto szkołę lekarską w Teheranie. Przyjąwszy język perski za wykładowy, nie odrzucono jednak obcych dyjalektów. Lecz przeciwnie uzupełniając wykłady fachowe lekcyjami języka i literatury angielskiéj i francuskiéj uczyniono je obowiązującemi do egzaminu, wyznaczając dość wysokie nagrody dla uczących się, którzyby daléj kontynuowali przerwaną na chwilę pracę komisyj tłumaczeń. Ten rodzaj zachęty, a niemniéj téż i postanowienie szacha wysyłania zdolniejszych uczniów do Europy dla uzupełnienia ich studyjów, rozbudziły do wysokiego stopnia chęć do pracy wynagradzanéj wspaniałomyślnie, a i na przyszłość zapewniającéj byt wygodny. W rozwoju téż téj nowéj naukowéj instytucyi perskiéj niemały wpływ wywierała także i pewność o poważaniu, jakiego doznają leczący ze strony ludności. Jeżeli bowiem niewykształceni doradzcy cieszą się poważaniem ogółu i nie spotykają powodu do narzekania na byt swój oparty na zajęciu, do którego nie są ukwalifikowani, témsamém wychowańcy szkoły fachowéj w Teheranie mogli liczyć na powodzenie znalazłszy się raz na scenie samoistnego działania. Przewidywania nie zawiodły ich zbytecznie. Po pierwszym czteroletnim okresie fakultet perski był już w stanie wydać jedenastu lekarzy, z których każdy zaznaczony tytułem *szems-ihtyba* (słońce-lekarz) i poparty nową ustawą rządową otrzymał stanowisko jużto w saméj stolicy lub téż w głównych miastach pewnych prowincyj. Panujący z własnéj szkatuły kazał wydać odpowiednią sumę na wyekwipowanie tych pierwszych tu pijonierów ścisłéj nauki, zaopatrując każdego w podręczną apteczkę, zawierającą wszystko, co jest niezbędném dla rozpoczynającego praktykę lekarską. Że zaś już samo otwarcie szkoły lekarskiéj w Teheranie

niemile było widziane przez dziedzicznych doradzców, przewidujących możebną utratę dotychczasowych zysków, rzecz więc prosta, że przybycie na prowincyję ludzi z pewnem wykształceniem spotkało ze strony zagrożonych nieprzełamany opór. Walka o byt młodszych i starszych rozpoczęła się wschodnim zwyczajem. Rządzcy prowincyj pozostając pod wpływem duchownych, z których niejeden był ich wypróbowanym doradzcą, odmawiali poparcia, a nawet znać nie chcieli nowoprzybyłych. Zaufani w talent dziedziczny dotychczasowych swych lekarzy, poważając ich ryże brody lub białe turbany, ze wzgardą tylko traktowali nasłany sobie żywioł, w przekonaniu, że nawet obcowanie z tego rodzaju ludźmi (nie mówiąc już o wprowadzeniu ich do domów) jest dla prawowiernego *szeity* czémś gorszém od tradycyjnego niechędostwa. W takich znalazłszy się warunkach sami niezupełnie jeszcze wolni od przesądów, młodzi lekarze musieli je zwalczać nie słowem jednak, lecz tylko czynem, bo ten ostatni, jako coś bardziéj imponującego, jedynie oddziaływał przekonywająco na czuwającą nad swém dobrem kastę malkontentów. Nie ograniczano się jednak do samego tylko oszczerstwa. W Aleszecie i Szyrasie zwrócono się nawet do środków pospieszniéj działających, jak np. filiżanki kawy wyłącznie przygotowanéj, którą poczęstowany kolega szybko stawał się ofiarą obłudnéj gościnności. Powoli jednak i w miarę powiększania się po prowincyjach wychowańców szkoły teherańskiéj wpływ ich i znaczenie stawały się coraz wydatniejszemi. I choć długo jeszcze trwać będzie nienawiść samouków ku bardziéj wykształconym, to jednak wzorowe zachowywanie się tych ostatnich, ich gotowość niesienia pomocy każdemu, do jakiéjkolwiek należy warstwy, a niemniéj i posiadanie środków, przez zastosywanie których zwykło się otrzymywać bardziéj widoczny skutek, przechylają szalę pierwszeństwa na stronę wychowańców szkoły teherańskiéj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wskazówki według rad najwyższéj Rady sanitarnéj, udzielone przez Ministerstwo władzom politycznym do ogłoszenia, jak się ma wykonywać desinfekcyję po chorobach zakaźnych.

(Rozp. z d. 16 sierpnia 1887).

I. Uwagi wstępne.

1. Dla skutecznego zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych, obok starania się dla chorego o świeże powietrze, o czystą wodę, zdrowy grunt, czyste utrzymywanie izby chorego, chorego samego i jego otoczenia, mamy wiele środków, za pomocą których zarazki albo produkty zaraźliwe, które z chorego organizmu wychodzą, a na zdrowych przeniesione w nich tę samą chorobę wywołują, można zniszczyć albo aż do nieszkodliwości zmienić, a gdzie się to nie udaje, przynajmniéj czasowo nieszkodliwemi je uczynić, aż się dostaną w takie miejsce, zkąd już szkodzić nie mogą.

2. Istota pierwiastków zakaźnych. Najnowsze badania wykazały, że najwięcéj dotychczas bliżéj znanych istot zakaźnych należy do roślin i to do grzybów, działu schyzomycetów. Czy i t. zw. nieukształtowane fermenty także jako istoty zakaźne działają, nie można jak na dziś na pewne rozstrzygnąć: w każdym jednak razie można na podstawie spostrzeżeń przypuścić, że te same środki, które istoty zakaźne roślinne nieszkodliwemi czynią lub je zupełnie niszczą także wystarczają, aby i nieukształtowane zaczyny nieszkodliwemi uczynić.

3. Przenosiciele zarazka. Istoty zakaźne, które się do organizmu ludzkiego dostały i w nim w przebiegu choroby się rozmnożyły (koki, prątki) opuszczają go znowu razem z rozmaitemi wydzielinami i wydalinami. Stosownie do narządów, w których się jad usadowił, napotyka się zarazki albo w kale (cholera, dur brzuszny, czerwonka), albo w wydzielinach gruczołów i błon śluzowych (dyfteryja, przyrzutowe zapalenie oka, gorączka popołogowa, krztusiec, gruźlica), albo w treści wysypek skórnych i w łuszczącym się przyskórku (ospa, odra, płonica, w ostatniéj chorobie i w moczu), albo wreszcie na powierzchni ran i wrzodów (róża, wąglik, nosacizna).

4. Zachowanie się istot zakaźnych. Istoty zakaźne, które z chorego dostały się na zewnątrz, zostają na nim samym i na wszystkich tych przedmiotach, z któremi się tenże lub jego wydzieliny zetknęły. Grzybki chorobotwórcze utrzymują się wśród korzystnych zewnętrznych warunków długi czas przy życiu i zachowują zdolność rozwijania się i rozmnażania.

To ostatnie dotyczy szczególnie tych schyzomycetów, które albo już w organizmie ludzkim, co rzadko się zdarza, albo po opuszczeniu go rozwijają t. z. zarodniki, które jeszcze większą mają oporność w obec zewnętrznych wpływów niż ich formy pierwotne, z których powstały, a które z nich na nowo się rozwijają.

Trzeba więc zawsze jak najprędzéj niszczyć istoty zakaźne, lub uczynić je nieszkodliwemi, ażeby sprowadzić śmierć mniéj odpornych wegetatywnych postaci schyzomycetów, zanimby przez dłuższe zwlekanie zarodniki śród korzystnych warunków się rozwinęły, które nietylko że do ich zniszczenia potrzeba dłuższéj i energiczniejszéj dezinfekcyi, nadto po zasuszeniu się ich przenosicieli jako pył w powietrzu się roznoszą i w ten sposób z trudnością działaniu środków desinfekcyjnych ulegają.

5. Choroby zaraźliwe: Do chorób, przeciw zawleczeniu których powinno się desinfekcyję przeprowadzić, należą: 1) cholera azyjatycka, 2) ospa, 3) dyfteryja, 4) dur plamisty i powrotny, 5) dur brzuszny, 6) czerwonka epidemiczna, 7) płonica, 8) odra i różyczka, 9) róża i choroby przyranne, 10) wąglik i nosacizna, 11) choroby popołogowe, 12) zaraźliwe zapalenia oka, 13) gruźlica i krztusiec.

6. Sposób postępowania. Środek desinfekcyjny i sposób, jaki w danym razie ma być zastosowany, zależy nie od choroby, lecz od przedmiotu, który się ma odrażać; dla tych samych przedmiotów w różnych chorobach zakaźnych postępowanie pozostaje to samo. Za to rozmiary desinfekcyi przedmiotów, do których się ona ma rozciągnąć, mają być w każdym przypadku, stosownie do rodzaju choroby, do zewnętrznych okoliczności i stosunków życia chorego podane przez urząd sanitarny lub lekarza rządowego; ostatni ma w każdym przypadku zasięgnąć potrzebnych informacyj od ordynującego lekarza.

W ogóle trzeba w chorobach od 1 do 7 desinfekcyję na większą skalę, a w chorobach od 1 do 4 dłużéj trwającą przeprowadzić, podczas gdy w reszcie chorób mniéj rozległa i tylko na rzeczy bezpośrednio przez chorego używane rozciągającą się desinfekcyję należy w tych przypadkach szczególnie uważać za dostateczną, w których w pokoju przeznaczonym do desinfekcyi jeden chory tylko się znajduje, a gdzie się dostatecznie starano o szybkie wydalenie i usuwanie istot zakaźnych, gdzie je szybko czyniono nieszkodliwemi, często izbę przewietrzano i czysto utrzymywano.

Szczególnie ściśléj desinfekcyi powinno się poddawać wydaliny i wydzieliny chorego, za przenosicieli istot zakaźnych uważane. (C. d. n.)

(*H. K.*) *Brit. med. Journ.* nawięzując do przypadku ogłoszonego w tém czasopiśmie przez Dra Simsona, w którym chłopiec pewien dostał szkarlatyny po przeczytaniu książki wypożyczonéj u kolegi szkolnego chorobą dotkniętego, radzi, aby w biblijotekach publicznych i wypożyczalniach zaprowadzić pod tym względem ten sam zwyczaj, jaki już w niektórych miastach przyjęto, a mianowicie: lekarz sanitarny przysyła właścicielowi wypożyczalni spis dzieci zapadłych na chorobę zakaźną, ostatni znowu zawiadamia odpowiedniego abonenta, żeby książek nie odnosił sam, ani nie odsyłał, aż choroba zakaźna w jego domu ustanie, poczém się je w umyślnie ku temu celowi urządzonym aparacie odwietrza. (*Wiener med. Presse*, 1884, Nr. 34).

(*H. K.*) Prof. Uffelmann w Rosztoku zwraca uwagę w dodatku do *Deut. Vierteljahresschrift f. Gesundheitspflege* na nieostrożność, z jaką starają się utrzymać napoje w stanie zimnym, używając do tego naturalnego lodu, który się do napoju wprost wrzuca. Bischoff i Fränkel wykazali w naturalnym takim lodzie

bardzo wiele bakteryj i zarodków, które zdrowiu zaszkodzić mogą. U. opierając się na własnych badaniach, radzi używać w takim razie lodu zrobionego sztucznie z wody destylowanéj; lodu naturalnego wtedy tylko można używać do oziębiania napojów, jeśli nie styka się wcale z płynem, który służy do picia a ochładza naczynia tylko od zewnątrz. (*Wiener med. Blätter*, 1887, Nr. 35).

(H. K.) Znakomite skutki w przypadkach krztuśca widział Dr. Mohn, lekarz norwegski, po nakadzaniach siarką. Występowało jeszcze wprawdzie po nich kilka silnych napadów kaszlu, ale za to już się nie wracały. Radzi on to urządzać w ten sposób, że zrana przenosi się chore dziecko do innego pokoju, a w pokoju, w którym dziecko ma spać zapala się siarkę i przez 5 min. nakadza; wieczorem przenosi się dziecko do jego sypialni, a nazajutrz ma wstać wolne od napadów. Siarki bierze się mniéj lub więcéj tyle, aby wypadało 6 drachm na jeden metr. sześc. (*Deut. med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 35).

○ Według świeżo wydanego spisu lekarskiego Królestwo Polskie liczy 4364 lekarzy, 554 weterynarzy, 148 okulistów i dentystów. Aptek ogółem jest 443.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 15 września. Z dzienników politycznych dowiadujemy się, że grono Wydziału filozoficznego we Lwowie stara się u Ministerstwa Oświecenia o utworzenie Wydziału lekarskiego w Uniw. Lwowskim i w tym celu obrało drogę i formę nową. Otóż grono profesorów nie żąda utworzenia Wydziału lek. od razu, lecz na wstępie prosi o ustanowienie docentów dla dwóch przedmiotów, które mogłyby pomieścić się w programie naukowym wydziału filozoficznego i służyć za zawiązek przyszłego wydziału lekarskiego. Przedmiotami temi są anatomija opisowa i fizyjologija. Dla wykładów anatomii kandydat zupełnie uzdolniony znajduje się we Lwowie (niewątpliwie prof. anatomii w zakładzie weterynarskim Dr. Henryk Kadyi), dla fizyjologii wypadałoby dopiero przysposobić siłę naukową przez udzielenie stypendyjum rządowego kandydatowi upatrzonemu. Grono profesorów wydziału filozof. żąda tedy od Ministerstwa dotacyi dla docenta anatomii i stypendyjum w kwocie 1.500 zła. dla kandydata, któryby za granicą uzupełnić mógł swoją wiedzę, aby potém objąć docenturę fizyjologii.

* P. Znamirowski, aptekarz i radny miasteczka Kopyczyńce w Galicyi donosi nam, że w skutek polecenia c. k. Starostwa w Husiatynie rozpisany został konkurs na lekarza miejskiego tamże z płacą roczną wprawdzie tylko 100 zła. wynoszącą, ale lekarz miejski, jeżeli będzie Drem med., miałby liczne czynności urzędowe i sądowe. Kopyczyńce leżą w bogatéj okolicy podolskiéj, mają do 7.000 mieszkańców, w okolicy mieszkają zamożni panowie, a lud w ogóle cieszy się dobrobytem.

* **Warszawa.** Dr. K. P. Kowalkowski, docent i asystent prof. Dobrosławina został mianowany nadzw. profesorem higijeny w Warszawie. — Plany mającego się budować w Tworkach domu obłąkanych zostały przez Ministerstwo zatwierdzone. (*Medycyna*).

* **Rosyja.** W Dorpacie liczba uczniów wynosi obecnie 1658 (w r. przeszłym 1719), z tych medyków i farmaceutów jest 861. Ponieważ zapisało się świeżo 145 uczniów, więc z 20 aspirantów żydowskich przyjęto tylko 7, t. j. 5% według ostatniego ukazu. — W Moskwie liczba medyków na 1ym roku nie może przekroczyć 250, żydów zaś 3%. — W Akademii wojskowo-lekarskiéj w Petersburgu przyjęto świeżo 150 uczniów; żonatych przyjmować niewolno.

* **Wrocław.** Zmarły niedawno prymaryjusz Dr. Wiktor Friedländer przeznaczył 100,000 marek, do których późniéj jeszcze 135,000 m. ma być dołączonych, na oddział dla rekonwalescentów, oraz 20,000 marek, z których procent roczny ma być przeznaczony na podróż naukową jednego z lekarzy pomocniczych szpitala WW. Świętych we Wrocławiu, który przez kolegów swych jako najgodniejszy wybrany zostanie. (*Bresl. ärztl. Zeitung*).

* Zjazd międzynarodowy w Waszyngtonie otwarty został d. 5 b. m. w tamecznéj operze przez prezydenta Clevelanda. Zebranych było 5,000 lekarzy, z których $^2/_3$ przypada na Amerykę. Na przywitanie lekarzy zagranicznych przez sekretarza stanu odpowiedział w imieniu Niemców Dr. Unna z Hamburga.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Insbruk.** Docent prywatny Dr. Maurycy Loewit, mianowany został nadzw. profesorem patologii ogólnéj i doświadczalnéj.

* **Zmiany w korpusie oficerskim wojskowo-lekarskim.** Przeniesieni zostali: lekarze pułkowi 2éj kl. Jan Pawlików do pułku 25 piechoty, Zdzisław Juchnowicz Hordyński do komendy w Zadarze, lekarze starsi: Justyn Karliński do 31 pułku piechoty, Michał Lewicki do 3go pułku dragonów. Mianowani: starszym lekarzem w armii czynnéj Dr. Grzegórz Turzański (przy szpitalu garnizonowym Nr. 1 w Wiedniu); starszym lekarzem w rezerwie Dr. Tadeusz Kijas (w 57 pułku piechoty), asystentami w rezerwie Drowie Eugieni Lachowicz i Stanisław Momidłowski (przy szpitalu garnizon. Nr. 15 w Krakowie).

* **Nekrologija.** W rodzinnem mieście Maryjenbadzie umarł d. 5 bm. prof. nadzw. patologii ogólnéj i doświadczalnéj w Insbruku Dr. Michał Dietl, licząc lat 40 zaledwie. Był on asystentem prof. fizyjologii Vintschgaua, późniéj objąwszy katedrę patologii ogłosił kilka prac histologicznych i z dziedziny patologii doświadczalnéj; wkrótce jednak zapadł na chorobę mózgową, a zastępstwo pełnił prof. Schott. Ponieważ i ostatni równocześnie umarł, więc obecnie w Insbruku opróżnione zostały 3 katedry w wydziale lekarskim: anatomii patologicznéj, patologii ogólnéj i medycyny sądowéj, z których drugą właśnie obsadzono.

W Budapeszcie umarł z zapalenia płuc Dr. Arpad Bakody, prymaryjusz szpitala, syn profesora.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Pamiętniku Tow. Lek. warsz.* 1887, zeszycie II: Noiszewskiego: Barwikowica (*retinitis pigmentosa*) i choroby pamięci i woli; Trzebickyego: O operacyjném leczeniu ostrego zap. otrzewny; Zieleniewskiego: Słownik biblijograf. balneologiczny krajowych zakładów zdrojowo-kąpielowych. — W *Medycynie* Nr. 37: Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych jako dopełnienie prac własnych poprzednich (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 37: Przeborskiego: Obecne metody leczenia gruźlicy krtani; Pawińskiego: Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnem zapaleniem wsierdzia (*Endocarditis pneumonica*) (c. d.); Bujwida: Metoda Pasteura, ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań oraz statystyka szczepień w Warszawie (dok.).

Redakcyja otrzymała:

S. DANIŁŁO: Sluczaj idiotizma (z kliniki prof. Mierzejewskiego). Odbitka z Wiestnika psych. in 8vo, str. 11.

C. F. KUNZE: Podręcznik medycyny praktycznéj. Przekład z 9go wydania niemieckiego z r. 1887 dokonany za upoważnieniem autora przez Stanisława Kleina i Aleksandra Fruchtmana, Warszawa 1887, in 8vo str. 256. (Zeszyt 2gi i ostatni wkrótce wyjdzie z druku).

Dr. St. Szcz. ZALESKI: Zur Frage ü. d. Ausscheidung d. Eisens a. d. Thierkörper u. z Frage ü. d. Mengen dieses Metalls bei hungernden Thieren. (Odbitka z Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmakol. XXIII) in 8vo str. 15.

Dr. W. Antoni GLUZIŃSKI, docent Uniw. Jag.: O fizyjologicznem i leczniczém działaniu siarkanu sparteiny (z pracowni fizyjol. prof. Cybulskiego i z kliniki lek. prof. Korczyńskiego) z 3 litogr. tabl. i 17 rycin. w tekscie. (Odbicie z XIII tomu Pam. Akad. Umiej.) Kraków 1887, in 8vo str. 31.

Piśmiennictwo lekarskie.

MARPMANN G. Allgem. Betrachtungen üb. Spaltpilz-Infections-Krankheiten. gr. 8. Leipzig, Verl. d. „Reichs-Med.-Anz.“ M. 1.

LOEBISCH W. F. Ueb. d. neueren Behandlungsweisen d. Fettleibigkeit. gr. 8. Wien, Urban et Schw. M. 1 50.

PEISER L. Die Lebersyphilis. gr. 8. Leipzig, Fock. M. 1 20.

Sprostowanie. W Nr. 37 str. 507 w szpalcie 1éj w. 15 od dołu zamiast „po 8 grm. arszeniku“ ma być „8mg. arszeniku“, a w wierszu 14 zamiast „1 grm.“ ma być „1 mg.“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Ogłoszenie zadań konkursowych dla kandydatów i młodszych doktorów w. n. lek. i medycyny!

Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiell. w wykonaniu postanowień fundacyi konkursowéj ś. p. protomedyka Józefa Jakubowskiego i Dawcy niewiadomego, uchwalił na posiedzeniu w d. 8 lipca 1887:

I. Przeznaczyć 5 nierównych nagród; dwie po 300 zła. a 3 po 200 zła.

II. Nagrody mają być wydane za najlepsze rozwiązanie następujących zadań;

1) Skreślić stosunek endemiczny matołectwa i wola w Galicyi zachodniéj pod względem jego rozkrzewienia szczególnych siedlisk, objawów bijologicznych i mikroskopowych, przyczyn ze szczególném poszukiwaniem mikrobów, czy i o ile one na rozwój lub stopień cierpienia wpływają, tudzież środków zaradczych leczniczych lub łagodzących.

2) Zbadać szczegółowo zmiany krwi w przebiegu zimnicy i zakażenia zimniczego pod względem ilości i jakości ciałek krwi czerwonych w stosunku ich do ciałek białych i pod względem ilości hemoglobiny.

Powyższe dwa temata ogłasza się powtórnie.

3) O przyrodzie ciałek nerwowych.

4) Na tle nowszych wiadomości o działaniu i porażeniu istoty mózgowéj podać nową racyjonalną metodę dezinfekcyi ran mózgowych.

5) O wpływie przekrwienia biernego na tkankę łączną, czy i w jakich warunkach przekrwienie bierne sprowadzić może przerost tkanki łącznéj.

6) O zaburzeniach w krążeniu włosowatém i znaczeniu tychże.

7) Jakie są przyczyny niejednostajnéj pobudliwości rozmaitych części jednego i tego samego nerwu?

8) Jakiemi drogami i w jakiéj postaci przechodzi tłuszcz i mydło z jelit do ogólnego obiegu?

9) Czy rzeczywiście istnieją w nerwach błędnych włókna zmieniające siłę skurczu serca bez zmiany rytmu?

10) Na czém polega mechanizm rozszerzenia naczyń pod wpływem drażnienia nerwów rozszerzających naczynia?

11) Przedstawić na dostępnym materyjale klinicznym i anatomicznym częstość, z jaką w naszym kraju pojawia się nerka ruchoma i jakie przyczyny wpływają na jéj powstawanie?

12) Ponieważ długość jelit ma zależeć od sposobu żywienia się, stwierdzić własném badaniem, jaki stosunek zachodzi między długością jelit u naszéj ludności miejskiéj i wiejskiéj.

Do nadesłania prac wyznacza się termin **do Igo maja 1888 r.**

Wysokość nagrody ma nie zależeć od wyboru zadania, lecz od stopnia wartości naukowéj nadesłanéj pracy.

Tylko takie prace mają być nagrodzone, które się okażą godnemi ogłoszenia ich drukiem.

Prace konkursowe, spisane w języku polskim, nadesłane być mają na ręce Dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Kraków dnia 2 września 1887. *Prof. N. Cybulski.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.